

AVALIAÇÃO DE ASPETOS PSICOLÓGICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: PREOCUPAÇÕES, *STRESS* E ESTILO RUMINATIVO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

**Dissertação de Mestrado em Psicologia
Clínica**

**Área de Especialização em Terapias
Cognitivo-Comportamentais**



Avaliação de aspetos psicológicos em tempos de pandemia COVID-19: preocupações, *stress* e estilo ruminativo

Marta Neves Trindade

Dissertação apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Marina Cunha, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, 2020

Agradecimentos

À Professora Doutora Marina Cunha pela sua disponibilidade, amizade e apoio prestado ao longo deste ano. Foi com muito gosto que a tive como minha orientadora.

Um muito obrigado aos meus pais, irmã e cunhado por estarem incondicionalmente ao meu lado, por me acompanharem e festejarem cada conquista comigo. Vocês são os meus maiores pilares e o melhor que tenho na minha vida. Um obrigado nunca será suficiente para vocês.

Às minhas amigas, por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos e por toda a amizade e cumplicidade.

Ao meu namorado, por ser um companheiro em todas as horas e em todos os momentos e por ter sempre uma palavra de ânimo nos dias menos bons.

Resumo

Introdução: A atual situação pandémica, que tem por base o novo coronavírus (SARS-CoV-2), despoletou um período crítico e nunca vivido, que mudou a vida da população, tendo já infetado, até à data, cerca de 35 milhões de pessoas. A experiência de confinamento social e de quarentena apesar de benéfica para a saúde pública, tem vindo a ser descrita como prejudicial para a saúde mental.

Objetivos: Descrever variáveis contextuais resultantes da pandemia (e.g., condição laboral, situação de quarentena/confinamento, possibilidade de estar infetado, presença de fatores de risco, tempo de confinamento); identificar as principais preocupações associadas à COVID-19 e eventuais diferenças em função do sexo e de variáveis contextuais; analisar o nível de *stress* percecionado e o estilo ruminativo dos participantes, bem como analisar de que forma podem estar associados a preocupações específicas com a COVID-19.

Método: A amostra é constituída por 716 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos. Os dados foram recolhidos em março de 2020 (1º estado de emergência declarado em Portugal) através da plataforma Google Docs. A informação recolhida incluiu dados sociodemográficos, questões fechadas e uma aberta relacionadas com a COVID-19 (e.g., preocupações/ameaças laborais, sociais, financeiras, familiares, de saúde), bem como os níveis de *stress* e ruminação avaliados por questionários de autorresposta. Os dados foram tratados quantitativamente e qualitativamente.

Resultados: Os medos ou preocupações relacionadas com a COVID-19 mais reportados foram as consequências financeiras e o receio de infetar os outros. Verificaram-se algumas diferenças em função do género, revelando o sexo feminino valores mais elevados de preocupações. Os indivíduos em confinamento (em casa há mais de um dia) apresentaram valores mais elevados nos medos/preocupações, do que os que se mantiveram a trabalhar. O principal foco de preocupação dos participantes recaiu na instabilidade económica associada ao desemprego e ao impacto social, bem como a sensação de ameaça ou incerteza relativa a futuro. As mulheres manifestaram níveis mais elevados de *stress* e de ruminação. Adicionalmente, os participantes que se encontravam a trabalhar ou a estudar em casa apresentaram valores mais elevados de ruminação, assim como aqueles que se encontravam sob suspeita de estar infetados.

Conclusão: Este estudo realça a necessidade de se estar atento aos efeitos que esta pandemia pode ter na saúde mental de toda a população. Considera-se que é prioritária a continuação da monitorização de alguns indicadores psicológicos, tal como, desenvolver programas que permitam prevenir ou diminuir sintomas de mal-estar psicológico.

Palavras-chave: COVID-19; Preocupações e Receios; *Stress*; Ruminação; Saúde mental

Abstract

Introduction: The current pandemic, based on the new coronavirus (SARS-CoV-2), has triggered a critical and never experienced period, which has changed the life of the population, having already infected until the date this study is being written above 35 million people. The experience of social confinement and quarantine, although beneficial to public health, has been described as detrimental to one's mental health.

Objectives: To describe contextual variables resulting from the pandemic (e.g., employment situation, quarantine/confinement, possibility of being infected, presence of risk factors, confinement period); to identify the main concerns related to COVID-19 and any gender differences and contextual variables; to analyze the level of perceived stress and the ruminative style of the participants, as well as to analyze how they may be associated with specific concerns about COVID-19.

Method: The sample consists of 716 participants aged between 18 and 76 years. The data was collected in March 2020 (first state of emergency declared in Portugal) through Google Docs platform. The gathered information included sociodemographic data, multiple closed questions and one open question related to COVID-19 (e.g. labor, social, financial, familiar, health concerns/menaces), as well as stress levels and rumination evaluated by self-response questionnaires. The data were treated quantitatively and qualitatively.

Results: The most reported fears or concerns related to COVID-19 were fear of financial consequences and the fear of infecting others. There were some differences according to gender, revealing higher values of concern for females. Those in confinement (at home for more than a day) had higher values of fears/concerns than those who continued to work. The main focus of concern for participants was the lack of financial stability associated with unemployment and economic impact, as well as the feeling of menace or uncertainty regarding the future. Women manifested higher levels of stress and rumination. Additionally, participants who were working or studying from home showed higher values of rumination, as well as those who were under suspicion of being infected.

Conclusion: This study highlights the need of being aware of the effects that this pandemic can have on the mental health of the entire population. It is considered a priority to continue monitoring some psychological indicators, such as developing programs that allow to prevent or reduce symptoms of psychological malaise.

Key words: COVID-19; Concerns and Fears; Stress; Rumination; Mental Health.

Introdução

Mais de 180 países do mundo atravessam um período crítico e nunca vivido, nas mesmas proporções, que provocou profundas alterações na vida da população mundial. (Kraemer et al., 2020).

A doença COVID-19, que significa *Corona (Co) Virus (Vi) Disease (D) 2019*, trata-se de uma infeção respiratória causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (Schuchmann et al., 2020) que surgiu em Wuhan, na China. Os principais sintomas da doença são febre, tosse e cansaço, bem como, menos comuns, tensão e dores musculares, dores de garganta, diarreia, conjuntivite, dor de cabeça, perda de paladar ou olfato, irritações na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Até à data, a COVID-19, já afetou cerca de 35 milhões de pessoas e já matou cerca de 1 milhão.¹ (*World Health Organization*). Os meses com uma taxa de mortalidade mais baixa, por norma, são março e abril, no entanto, este ano de 2020, houve alterações dessa regra, e a partir do dia 11 de março a taxa de mortalidade ultrapassou a média dos 10 anos anteriores.

No período em que Portugal se encontrava no 1.º estado de emergência, em março de 2020, o número de óbitos era superior em 1214, comparativamente aos óbitos esperados para este ano, caso não existisse pandemia. Desses 1214, 599 foram registados como sendo causados por COVID-19, 615 (51%) foram registados com tendo outras causas (Vieira et al., 2020).

No início do mês de março do presente ano, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o Coronavírus como uma pandemia, ultrapassando a designação de epidemia por atingir uma escala global (Schmidt et al., 2020). Devido à capacidade de propagação rápida do vírus, por meio de secreções respiratórias, é expectável que a vida das pessoas possa sofrer alterações, outrora inimagináveis, prevendo-se que este cenário tenha a duração de meses ou até mesmo de anos (Wang et al., 2020).

Para além das regras de higiene, as autoridades de saúde recomendam o isolamento social da população para evitar o contacto com o vírus, uma vez que este se propaga

¹ Dados recolhidos a 06.10.2020

através de gotículas presentes na tosse e espirros, resultantes da expiração da pessoa infetada ou através do contacto com superfícies contaminadas, já que o vírus se deposita durante algumas horas em diversos pavimentos. A quarentena, assim como, o isolamento social, são medidas essenciais para combater a COVID-19, tentando impedir a propagação do vírus entre as pessoas. A diferença entre estes dois conceitos prende-se com o estado de doença da pessoa que se quer em afastamento social, isto é, quarentena é utilizada em caso de contacto de uma pessoa saudável com um doente infetado, já o isolamento social é a medida que se usa se a pessoa já estiver infetada para que não contagie outras pessoas (SNS, 2020).

A situação de pandemia que o mundo atravessa colocou desafios ao sistema de cuidados de saúde a nível mundial, revelando grandes lacunas na resposta a uma pandemia (Restauri & Sheridan, 2020). Também nas empresas, essas lacunas foram visíveis, porque, apesar das recomendações de teletrabalho, muitas empresas não apresentavam condições para o realizar. As crises mundiais vividas anteriormente, que envolveram a SRA (Síndrome Respiratória Aguda) em 2003, a H1N1 (Gripe A) em 2009, e o vírus Ébola entre 2014 e 2016 deveriam ter servido para fazer com que as empresas e organizações desenvolvessem os seus planos de contingência, onde incluíssem o teletrabalho como uma medida para assegurar a atividade empresarial e, igualmente, para salvaguardar a saúde dos seus trabalhadores (Belzunegui-Eraso & Erro-Garcés, 2020).

O isolamento social, recomendado em alguns países e obrigatório noutros, tem gerado situações de pânico social e desencadeado sentimentos de angústia, insegurança e medo (Hossain et al., 2020). Para garantir que os cuidados de saúde abrangem toda a gente e que atuam com a eficácia necessária, foi preciso intervir de forma semelhante ao de um cenário de guerra (esta tem sido uma metáfora comumente utilizada), construindo hospitais de campanha para fazer face ao número de infetados, e providenciar diagnósticos seguros. Esta situação de emergência sanitária, associada muitas vezes a escassos recursos, fez exacerbar os fatores de *stress* já existentes nestes contextos laborais de saúde, podendo, em situações extremas, estar ligados a uma condição clínica de *Stress Pós-Traumático* (PSPT e/ou *Perturbação de Burnout*) (Restauri & Sheridan, 2020).

Espera-se, portanto, que durante a pandemia, o número de infetados pelo vírus seja menor que o número de pessoas cuja saúde mental é afetada (Marko et al., 2020). Assim sendo, é de pressupor que a população seja afetada, quer direta, quer indiretamente por

fatores *stressantes* resultantes da situação atualmente vivida. Para além das preocupações a curto prazo, temos também consequências a longo prazo, muito alarmantes no seio de famílias mais vulneráveis, tais como, o aumento da violência doméstica, a deterioração de redes sociais, problemas financeiros, raiva e agressão contra o governo e/ou trabalhadores da “linha da frente”, agravamento do estado de saúde mental em pessoas que já sofrem de problemas mentais e o aumento do uso de substâncias como resposta de evitamento (Porcelli, 2020).

De uma perspetiva psicológica, as pessoas sujeitas a confinamento social tendem a ruminar acerca da doença, fixando a sua atenção nela, bem como em sintomas psicossomáticos, o que pode provocar insónia, ansiedade, sentimentos de solidão e de depressão (Li et al., 2020). Estes sintomas podem ainda levar a alterações de apetite, conflitos familiares e aumento do consumo de álcool e drogas. É de salientar, que os efeitos da pandemia podem afetar todas as faixas etárias. Tanto idosos, que já apresentavam um quadro de declínio cognitivo ou de demência, tornando-os mais vulneráveis a alterações emocionais e comportamentais (CEPEDES 2020a; IASC, 2000), como as crianças, que podem regredir nas etapas da infância já ultrapassadas, como voltar a urinar na cama – enurese –, chupar no dedo ou vontade de dormir com os pais (CEPEDES, 2020d; OMS, 2015)

Neste sentido, a experiência de confinamento social e de quarentena, foi descrita como prejudicial para a saúde mental da população, apesar de benéfica para a saúde pública (Brooks et al., 2020). Determinados estudos indicam que a saúde mental, durante e após uma pandemia, é influenciada pela perceção de risco, por sensações de ameaça, e de medo associadas à doença, ruminação, e também pelas condições de apoio social e de estratégias utilizadas para lidar com a doença, visando comportamentos protetores da saúde (Zhou et al., 2020). Também está demonstrado que os indivíduos em quarentena apresentam sintomas semelhantes aos do *stress* pós-traumático e ainda sentimentos, por vezes exacerbados, de confusão e raiva (Brooks et al., 2020). Este estado de exaustão emocional é atribuído à duração do confinamento e à consequente privação de rotinas habituais, à frustração, ao aborrecimento, a perdas financeiras, ao estigma social relativamente ao contágio, ao medo constante de ser infetado ou de infetar alguém próximo, e ainda, devido à forma como circula a informação relativa à doença, doença esta que é bastante incerta e parece não ter um fim à vista (Brooks et al., 2020). Em alguns

casos, estes sintomas ou mal-estar psicológico duraram muitos meses após o término do confinamento (Brooks et al., 2020).

Não obstante as consequências da pandemia em termos de saúde mental, a resposta imediata nos hospitais ou outros contextos de saúde foi essencialmente centrada nos profissionais de saúde que fizessem frente a esta pandemia, levando à dispensa de outros considerados não essenciais, incluindo psicólogos e psiquiatras, devido ao carácter altamente infeccioso da doença. Esta medida negligenciou a relevância dos aspetos mentais, tornando as equipas hospitalares de médicos e profissionais de saúde os principais agentes de promoção e de avaliação de saúde mental dos doentes. Os psicólogos e os psiquiatras foram fortemente desaconselhados a entrar em contacto com o doente de forma presencial (Duan & Zhu, 2020).

Outro ponto a focar, é a saúde mental das crianças, que possuem um nível de compreensão do problema menor. Nem sempre é fácil explicar a crianças um problema tão complexo que nos obriga a ficar em casa, a ficar longe uns dos outros, interrompendo os rituais de sociabilidade, a ter de usar máscara, a deixar de ir à escola e tantas outras alterações que se foram introduzindo na nossa rotina. Alguns estudos demonstram que é comum as crianças, em estado de transição, apresentarem conflitos internos (depressão e ansiedade) e externos (como problemas de autorregulação ou de agressividade comportamental) (Lohaus et al., 2004). Nesse sentido, os efeitos desta fase de transição, juntamente com as mudanças provenientes do estado de pandemia atual, podem ser, porém, amortecidos com o apoio emocional proporcionado pelos pais e outros familiares. As crianças devem ter acesso à informação sobre a doença, no entanto não é necessária uma informação detalhada: deve utilizar-se uma linguagem de fácil entendimento para a criança, adaptada à sua idade de modo a facilitar a compreensão. Também é aconselhável observar as reações dos mais novos e monitorizar o seu nível de ansiedade. Ao contrário dos adultos, as crianças muitas vezes não se expressam por meio de palavras, por isso é importante prestar atenção a todos os sinais de alerta para estados emocionais menos bons, tais como medos, preocupações excessivas, perturbações do sono, entre outros (Weems & Costa, 2005; Scharfe, 2000). Alguns estudos (Saurabh & Ranjan, 2020) demonstraram que os sentimentos mais experienciados nas crianças durante a quarentena incidiram sobre a preocupação de poderem estar infetados, de infetarem os outros, acerca da situação financeira dos pais e da possibilidade de escassez de bens essenciais.

Manifestavam ainda tristeza, impotência, medo e insónias relacionadas com elevados níveis de ansiedade. Adicionalmente, crianças expostas a quarentena, demonstraram problemas psicológicos mais significativos, quando comparadas com as que não experienciaram este estado.

A prática de exercício físico, especialmente ao ar livre, previne o aparecimento de doenças que, com frequência, aparecem associadas a diagnósticos complexos da COVID-19, tais como, doenças cardiovasculares e respiratórias (Souza Filho & Tritany, 2020). Deste modo, é recomendado que, durante este período de pandemia e de confinamento social, se proceda à realização de atividades físicas. Para além destas, outras atividades prazerosas ou a realização de certas rotinas diárias, como a limpeza da casa ou organização do espaço doméstico, rotinas de higiene e beleza, brincadeiras com crianças ou até, o convívio com animais de estimação são, entre outros, exemplos que devem ser mantidos e cultivados. É aconselhado não ceder a uma vida sedentária, não passar longos períodos sentado e inativo, ou até mesmo, reservar alguns minutos do dia para atividades de relaxamento e de meditação (Ferreira et al., 2020). Estes fatores podem ajudar a combater o impacto psicológico negativo que a situação pandémica instiga na população. A psicoeducação e a utilização de estratégias de relaxamento, respiração, ou de *mindfulness* para lidar com a ansiedade e *stress* podem ser ferramentas úteis para fazer face à doença, seja ela física ou mental (Ho et al., 2020).

Tendo em conta o presente enquadramento, este estudo tem como objetivo descrever variáveis contextuais resultantes da pandemia (e.g., situação laboral, situação de quarentena/confinamento, possibilidade de estar infetado, presença de fatores de risco, tempo de confinamento); identificar as principais preocupações associadas à COVID-19, e eventuais diferenças de sexo e em função das variáveis contextuais; analisar o nível de *stress* percecionado e o estilo ruminativo dos participantes e analisar de que forma podem estar associados a preocupações específicas com a COVID-19.

Materiais e Metodologia

Participantes

A amostra é constituída por 716 participantes (Tabela 1) maiores de 18 anos. Destes 716 participantes, 548 são do sexo feminino (76,5%) e 168 do sexo masculino (23,5%), com idades compreendidas entre os 18 e os 76 anos ($M = 34,84$ e $DP = 13,18$) e um grau de escolaridade que varia entre os 3 e os 23 anos ($M = 15,178$ e $DP = 2,97$), o que

corresponde ao 3º ano de escolaridade e ao doutoramento. Quanto ao estado civil, 52,0% ($n=372$) dos participantes são solteiros, 38,7% ($n=277$) são casados ou em união de facto e os restantes 9,4% ($n=67$) são divorciados, separados ou viúvos. A grande maioria dos participantes vive em meio urbano, mais especificamente 530 participantes (74,0%), enquanto que apenas 186 (26,0%) vive em meio rural. Dos 716 indivíduos avaliados, 60,6% ($n=434$) não têm filhos e 39,4% ($n=282$) indicam ter filhos em diferentes intervalos de idade (menos de 3 anos, 3-5 anos, 6-11 anos, 12-18 anos, maiores de 18 anos). Por fim, importa referir que 61% são trabalhadores/as ($n=437$), 24% são estudantes ($n=172$), 8,2% são trabalhadores/as estudantes ($n=59$), 4,1% estão desempregados/as ($n=29$) e, por último, numa percentagem mínima, 2,7% ($n=19$) são reformados/as.

Tabela 1.

Caracterização geral da amostra ($N=716$)

	<i>N (%)</i>	<i>M (DP)</i>
Sexo		
Masculino	168 (23,5)	
Feminino	548 (76,5)	
Idade		34,84 (13,18)
Anos de Escolaridade		15,17 (2,95)
Estado Civil		
Solteiro/a	372 (52,0)	
Casado(a)/União de facto	277 (38,7)	
Divorciado /Separado/Viúvo(a)	67 (9,4)	
Meio Residência		
Urbano	530 (74,0)	
Rural	186 (26,0)	
Ocupação Atual		
Trabalhador/a	437 (61,0)	
Estudante	172 (24,0)	
Trabalhador/estudante	59 (8,2)	
Desempregado/a	29 (4,1)	
Reformado/a	19 (2,7)	

Instrumentos

Escala de Perceção de *Stress* (*Perceived Stress Scale* – PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; versão Portuguesa de Pais Ribeiro & Marques, 2009). A PSS é, segundo os referidos autores, uma escala de que tem como medida central o *stress* e que, por isso, se destina a avaliar o nível de *stress* percecionado pelo indivíduo em diversas situações da vida diária. Existem diferentes versões desta escala, nomeadamente de 14, 10 e 4 itens, tendo sido utilizada no presente estudo a versão portuguesa de 10 itens. Cerca de metade dos itens são formulados pela positiva (itens 4, 5, 7 e 8; por exemplo, “No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?”). Os restantes itens são enunciados pela negativa (1, 2, 3, 6, 9 e 10; por exemplo, “No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou *stressado*?”). A pontuação global resulta da soma de todos os itens, depois de invertida a cotação dos itens positivos. Assim, quanto maior é a pontuação global, maior é o *stress* percebido. A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala unidimensional de 10 itens é de 0,87 (Pais-Ribeiro & Marques, 2009). Na nossa amostra, a PSS confirmou uma fidedignidade adequada, revelando um alfa de Cronbach de 0,83.

Escala de Respostas Ruminativas (*Ruminative Responses Scale* – RRS-10, Treynor, Gonzales & Nolen-Hoeksema, 2003; versão Portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte & Castro, 2011). Esta escala tem como objetivo avaliar em que medida as pessoas tendem a ter um estilo de pensamento ruminativo face a sentimentos de humor depressivo. A análise de componentes principais da RRS-10 identificou dois fatores: reflexivo (*reflective*) e cismativo (*brooding*). O fator reflexivo consiste em estratégias cognitivas que o indivíduo usa para fazer face aos sintomas depressivos e na compreensão destes mesmos sintomas (Treynor et al., 2003), a segunda componente, constituída pelo fator cismativo, reflete o pensamento constante nos aspetos negativos do humor depressivo e a perspetiva de impossibilidade de resolução dos problemas (Treynor et al., 2003). O fator cismativo é constituído pelos itens 7, 8, 1 e 6 (e.g., Penso: “O que é que eu fiz para merecer isto?”) e o fator reflexivo é constituído pelos itens 2, 10, 4 e 9 (e.g., “Afasto-me sozinho (a) e penso no porquê de me sentir deste modo”). A consistência interna (alfa de Cronbach) da escala é entre 0,88 a 0,92 (Dinis et al., 2011; Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema et al., 1999).

Este estudo revelou um alfa de Cronbach de 0,87 para o total da escala, de 0,80 para a dimensão cismar e de 0,84 para a dimensão reflexiva.

Procedimentos

O presente estudo iniciou-se com a escolha dos instrumentos de autorresposta fidedignos que melhor se enquadravam no estudo, tendo sido, portanto, necessário recolher as autorizações junto dos autores, as quais foram concedidas.

No passo seguinte, o projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, tendo sido aprovado.

A recolha de dados foi realizada entre os meses de março e abril de 2020, de forma *online*, e a amostra foi constituída por indivíduos maiores de 18 anos, e de ambos os sexos.

A investigação foi de carácter transversal, e os dados recolhidos através da plataforma Google Docs. Os participantes foram informados da natureza do estudo e preencheram uma declaração de consentimento informado. O protocolo foi preenchido de forma anónima, confidencial e voluntária – com a possibilidade de desistir a qualquer momento. O seu preenchimento teve uma duração média de 15 minutos.

Estratégia Analítica

Os procedimentos estatísticos de análise de dados foram realizados com recurso ao programa de análise de dados estatísticos *Statistical Package for the Social* (SPSS). No que diz respeito aos testes estatísticos utilizados, tendo em conta o tamanho da amostra ($N = 716$), recorreu-se a testes paramétricos, já que a distribuição da normalidade das variáveis não levantou enviesamentos graves (Marôco, 2018; Kline, 2005). Na exploração da normalidade das variáveis, para além do teste do teste Kolmogorov-Smirnov, foram também tidos em conta os valores de assimetria e de achatamento (valores de assimetria <3 e de achatamento <10).

Para análise de confiabilidade dos instrumentos utilizados recorreu-se ao cálculo do coeficiente de alfa de Cronbach de cada escala, sendo que valores iguais ou superiores a 0,70 são indicadores de uma adequada fidedignidade (Field, 2013). Na caracterização da amostra utilizou-se estatística descritiva para as variáveis sociodemográficas, foram

calculadas as médias e desvios padrão das variáveis contínuas e as frequências e percentagens das variáveis categoriais. Foram calculadas também as medidas de tendência central para as diferentes variáveis, ou seja, para os receios associados à COVID-19, *stress* percebido e tipo de processamento ruminativo.

O cálculo dos coeficientes de Pearson foram utilizados para analisar as associações entre os medos/preocupações ligados à COVID-19 e os valores globais de *Stress* e de Ruminação. Na interpretação do tamanho das correlações, foi utilizada a tipologia de Marôco (2018), considerando-se um r abaixo de 0,25 uma correlação fraca, de 0,25 a 0,50 uma correlação moderada, de 0,50 a 0,75 uma correlação forte, e acima de 0,75 uma correlação muito forte.

Para efeitos de comparação entre dois grupos (por exemplo, participantes do sexo feminino e participantes do sexo masculino; indivíduos que ficaram em confinamento vs. não confinamento), foram calculados testes t para amostras independentes. No caso de comparação de três grupos foram realizadas ANOVAs univariadas.

Em todas as análises realizadas utilizou-se um intervalo de confiança de 95%.

Resultados

Exploração de variáveis contextuais associadas à situação de pandemia

No que respeita às questões contextuais resultantes da situação de pandemia provocada pela COVID-19 foram obtidos os resultados indicados na Tabela 2. À pergunta “*De momento está a estudar /trabalhar?*”, durante este período de isolamento ou confinamento social, 399 (55,7%) continuaram a exercer as suas profissões a partir de casa, enquanto que 202 (28,2%) se encontravam em casa sem exercer a sua profissão. Apenas 115 (16,1%) não viram as suas rotinas laborais alteradas e continuaram a exercer a profissão no seu local de trabalho. Como resposta à pergunta “*Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob a suspeita de estar infetado/a com o vírus COVID-19 (a aguardar o resultado do teste)?*”, apenas 7,8 % ($n=56$) respondeu “sim”, 91,8% ($n=657$) respondeu “não” e 0,4% ($n=3$) participantes preferiram não responder. Apenas 0,6% ($n=4$) dos participantes se referia a si mesmo na pergunta anterior e 7,3% ($n=52$) a um familiar ou pessoa próxima. Em relação à pergunta “*Você ou alguém da sua família/amigo próxima(o) está em quarentena?*”, somente 471 participantes

responderam, sendo que 78,4% ($n=369$) respondeu não, 21,4% ($n=101$) respondeu sim e 0,2% ($n=1$) preferiu não responder.

Tabela 2.

Variáveis das questões contextuais

Questões	N	<i>n</i>	%	
12. De momento, está a trabalhar/estudar?	716			
Sim, estou a trabalhar no meu local de trabalho		115	16,1	
Sim, estou a estudar/trabalhar a partir de casa		399	55,7	
Não, estou em casa, sem exercer a minha profissão		202	28,2	
13. Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob suspeita de estar infectado/a com o vírus COVID-19 (a aguardar o resultado do teste)?	716	<i>n</i>	%	
Não		657	91,8	
Sim		56	7,8	
Prefiro não responder		3	0,4	
15. Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?	471	<i>n</i>	%	
Não		369	78,4	
Sim		101	21,4	
Prefiro não responder		1	0,2	
17. Há quanto tempo se encontra em casa? (número de dias)	716	<i>n</i>	%	
0 dias	89	89	12,4	
Há mais de 1 dia	627	627	87,6	
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min-Máx</i>
		16,49	7,58	1 - 51
18. Você ou alguém da sua família/amigo contraiu a COVID-19?	469	<i>n</i>	%	
Não		438	93,3	
Sim		27	5,8	
Prefiro não responder		4	0,9	
20. Apresenta fatores de risco para contrair a COVID-19?	468	<i>n</i>	%	
Não		394	84,2	
Sim		74	15,8	
Prefiro não responder		0	0	

Relativamente ao número de dias que os participantes se encontravam em casa devido a esta situação, as respostas variaram entre 0 e 51 dias ($M = 14,44$; $DP = 8,94$). Em função destes resultados, foram criados 2 grupos. O primeiro incluiu os indivíduos que responderam 0 dias, ou seja, que nunca ficaram em casa, tendo estado sempre a trabalhar ($n = 89$); e o segundo grupo foi constituído pelos indivíduos que indicaram um ou mais do que um dia em casa ($n = 627$). Neste grupo, o número médio de dias que permaneceram em casa foi de 16,49 ($DP = 7,58$).

À questão “Você ou alguém da sua família/amigos contraiu a COVID-19?” 93,3% ($n=438$) respondeu que não, enquanto 5,8% ($n=27$) respondeu que sim, e apenas 0,9% ($n=4$) pessoas preferiram não responder.

Quanto à avaliação de presença de fatores de risco (“Apresenta fatores de risco para contrair a COVID-19?”, $n = 468$), 84,20% ($n=394$) respondeu “não” e 15,8% ($n=74$) respondeu sim. O fator de risco predominante são as doenças crónicas com 9,9% ($n=71$), a idade avançada apenas representou uma percentagem de 0,4% ($n=3$).

Análise das preocupações associadas à COVID-19

A tabela seguinte (Tabela 3) corresponde aos valores médios obtidos nas 23 questões relativas a preocupações e receios associados à COVID-19. Para responder a estas questões foi utilizada uma escala tipo Likert de 1 a 5, em que 1 corresponde a “totalmente falso” e 5 a “totalmente verdadeiro”. Na tabela abaixo, os itens estão indicados por ordem decrescente do seu valor médio.

Tabela 3.

Valores médios obtidos nas questões relativas a preocupações e receios associados à COVID-19

Questões	<i>M</i>	<i>DP</i>
22. Tenho receio das consequências financeiras desta pandemia.	4,42*, **	0,90
2. Sinto medo de infetar os outros.	4,20*	1,08
23. Tenho medo que esta situação tenha um impacto negativo na minha situação profissional/académica.	3,83*, **	1,31
11. Sinto-me frustrado/a por não poder contactar fisicamente com as pessoas de quem gosto (tocar, abraçar, estar junto).	3,69*	1,29
1. Sinto medo de ser infetado/a pelo vírus COVID-19.	3,68*	1,17

12. Consigo manter grande parte das atividades do dia-a-dia com recurso à internet (ex: compras <i>online</i> , contactos sociais).	3,64**	1,07
17. Tenho receio que falem recursos de saúde e de segurança essenciais (medicamentos, bens de proteção e segurança (ex.: máscaras, luvas, desinfetantes).	3,58*	1,26
19. Considero que as instruções dadas pela Direção Geral de Saúde (procedimentos a seguir) são claras e dão-me segurança.	3,54	1,07
9. Esta situação de isolamento social faz-me sentir mais próximo/a das pessoas que vivem comigo em casa.	3,53	1,21
18. Tenho confiança nas informações fornecidas pelas autoridades de saúde.	3,50	1,13
16. A minha ansiedade ou <i>stress</i> diminui quando tento ajudar familiares, amigos ou outras pessoas (através do telefone, Skype, redes sociais) que estão isolados e precisam de apoio.	3,40*	1,16
20. Considero que tem havido informação incongruente e confusa acerca da situação atual da pandemia.	3,32	1,21
10. Sinto que tenho mais tempo para mim e para os outros em geral.	3,11**	1,29
4. Estar muito tempo em casa provoca-me uma sensação de isolamento ou falta de espaço.	2,91	1,30
14. Sempre que tenho de sair de casa (por exemplo, ir ao supermercado, farmácia, ou adquirir bens essenciais), fico nervoso/a.	2,91*,**	1,29
21. Sinto raiva por esta situação ter alterado a minha vida, impedindo-me de realizar ou participar em acontecimentos importantes na minha vida.	2,81	1,38
13. Receio que venham a faltar recursos essenciais (ex.: produtos alimentares, de higiene, gás).	2,61**	1,24
6. Considero que estou a desperdiçar tempo importante da minha vida, ao deixar de fazer outras coisas.	2,54	1,34
5. Sinto-me aborrecido/a, sem ter nada que fazer em casa.	2,49**	1,34

8. Acredito que faça eu o que eu fizer (seguir as instruções da Direção Geral de Saúde), não posso controlar nada (por ex.: impedir o contágio da doença COVID-19).	2,48*	1,34
15. Receber encomendas em casa provoca-me ansiedade.	2,24*,**	1,21
3. Acredito que sou resistente à infeção do vírus COVID-19.	2,13	1,24
7. Ao não estar com as pessoas de quem gosto, tenho medo que isso provoque um afastamento.	1,95	1,23

Nota: As médias assinaladas com * correspondem às questões onde foram encontradas diferenças significativas nos valores médios entre o sexo masculino e o sexo feminino. Os dois asteriscos (**) correspondem aos itens em que há diferenças significativas nas médias entre os grupos com zero dias de quarentena e mais de um dia.

Na Tabela 3 podemos verificar que, entre os valores médios obtidos nas 23 perguntas relativas a preocupações e receios associados à COVID19, o item 22 (“Tenho receio das consequências financeiras desta pandemia”) foi o que apresentou a média mais elevada ($M=4,42$). Por sua vez, o item 7 (“Ao não estar com as pessoas de quem gosto, tenho medo que isso provoque um afastamento”) apresenta a média mais baixa ($M=1,95$).

Podemos também verificar que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores médios entre o sexo masculino e o sexo feminino nos itens 1, 2, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 22 e 23, com o sexo feminino a revelar sistematicamente valores mais elevados de preocupações, comparativamente ao sexo masculino.

No caso da comparação entre os grupos em função do número de dias de quarentena, sempre que se registam diferenças significativas, estão em causa os indivíduos que estiveram em confinamento que apresentam valores mais elevados nos medos ou preocupações, comparativamente aqueles que nunca estiveram em quarentena/confinamento.

Análise qualitativa do impacto esperado da COVID-19

Após uma análise qualitativa das respostas dos sujeitos à questão aberta “Quais as principais alterações que pensa que a COVID-19 pode causar na sua vida a curto ou a médio prazo?”, podemos concluir que o maior foco de preocupação dos participantes recai na falta de estabilidade financeira associada ao desemprego e ao impacto económico que preveem que suceda futuramente. Os participantes que ainda são estudantes

encontram-se igualmente preocupados com os seus estágios que estariam a decorrer ou com as aulas que foram suspensas e que poderão vir a atrasar o término dos seus cursos.

Existe também a preocupação com o isolamento, devido à alteração de rotinas, ao incumprimento dos objetivos de vida e ao afastamento de familiares e amigos, ou até mesmo preocupação com a possibilidade da perda dos mesmos. De registar ainda que existem respostas que refletem o impacto positivo sobre hábitos que anteriormente poderiam ser banalizados, como os de higiene e de segurança.

Estudo do stress percebido e da regulação emocional (Ruminação)

A tabela 4 mostra as pontuações médias e os desvios-padrões correspondentes à escala do *Stress Percebido* (PSS), à escala da Ruminação total (RRS-10) total e respetivas subescalas: Cismativa e Reflexiva.

Tabela 4.

Valores médios obtidos nos instrumentos de avaliação da perceção do stress percebido e processo de ruminação e respetivas dimensões (N=716)

	Total (N =716)		Homens (N = 168)		Mulheres (N =548)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
PSS-10 itens	19,91	6,39	17,71	6,17	20,59	6,31	-5,21	< 0,001
RRS-10 (total)	9,18	6,22	7,15	6,12	9,80	6,12	-4,90	< 0,001
Cismar	3,75	2,86	3,07	2,80	3,96	2,85	-3,55	< 0,001
Reflexivo	4,00	3,15	3,02	2,85	4,30	3,18	-4,68	< 0,001

Nota, PSS = *Perceived Stress Scale*; RRS-10 = *Ruminative Responses Scale*

A pontuação média da PSS foi de 19,91 (*DP*= 6,39), havendo um destaque para o sexo feminino que apresenta uma média significativamente mais elevada de *stress*.

A pontuação média do RRS-10 total foi de 9,18 (*DP*= 6,22), a subescala do reflexivo foi destacada por apresentar uma pontuação mais elevada (*M*=4). Existem também diferenças significativas entre os sexos nas duas subescalas, sendo a médias das mulheres, em ambas as subescalas, mais elevada do que a dos homens.

Na Tabela 5, podemos verificar as diferenças nas pontuações de *Stress* e de Ruminação em função das variáveis das questões contextuais, através do teste *t* de *Student* para amostras independentes ou análise de variâncias (ANOVA).

Tabela 5.

Comparação dos valores médios de Stress e de Ruminação em função das variáveis das questões contextuais

Variáveis Contextuais	PSS			RRS-10		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F/t</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F/t</i>
12. De momento, está a trabalhar/estudar?						
Sim, estou a trabalhar no meu local de trabalho.	19,32	6,05		8,05	5,52	
Sim, estou a estudar/trabalhar a partir de casa.	19,74	6,51	1,83	9,65	6,23	3,28*
Não, estou em casa, sem exercer a minha profissão.	20,60	6,31		8,89	6,49	
13. Você ou alguém da sua família/amigo próximo está sob suspeita de estar infetado/a com o vírus COVID-19 (a aguardar o resultado do teste)?						
Não	19,77	6,42	1,85	9,03	6,19	2,39*
Sim	21,41	5,92		11,09	6,31	
15. Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?						
Não	19,98	6,41	1,96	9,07	0,33	1,74
Sim	21,26	6,91		10,46	0,65	

17. Há quanto tempo se encontra em casa?

(número de dias)

0 dias	19,39	5,96	-0,82	7,43	4,94	-3,44
Há mais de 1 dia	19,99	6,45		9,43	6,34	

18. Você ou alguém da sua família/amigo contraiu a COVID-19?

Não	20,11	6,46	-1,66	9,26	6,37	-1,27
Sim	22,26	7,56		10,85	5,48	

20. Apresenta fatores de risco para contrair a COVID-19?

Não	20,17	6,51	-0,58	9,31	6,32	-0,59
Sim	20,65	6,78		9,78	6,62	

Nota, PSS = *Perceived Stress Scale*; RRS-10 = *Ruminative Responses Scale*

* correspondem a diferenças significativas entre os grupos em comparação

Relativamente às três condições de trabalho resultantes da pandemia, não se encontraram diferenças significativas nos valores médios de *stress* percebido ($F_{(2, 713)} = 1,83$, $p = 0,162$). Existe, contudo, uma diferença significativa na ruminação global ($F_{(2, 713)} = 3,28$, $p = 0,038$). Explorada a localização das diferenças através dos testes *post hoc* de Tukey, verificou-se que o grupo de participantes que estava a trabalhar ou a estudar em casa difere significativamente do grupo dos que estão a trabalhar a partir do seu local de trabalho ($p = 0,040$), apresentando os primeiros valores mais elevados de ruminação, não se encontrando mais diferenças entre os grupos. Na questão contextual relativa à suspeita de estar infetada, não existem diferenças significativas nos valores médios de *stress* percebido ($t = 1,85$), no entanto existem diferenças significativas na ruminação global ($t = 2,39$), apresentando os segundos, os que se encontravam sob suspeita de estar infetados, valores mais elevados de ruminação. Nas restantes variáveis contextuais, não foram encontradas diferenças significativas entre os valores médios do *stress* percebido e a ruminação global.

Análise das associações entre as preocupações decorrentes da COVID-19 e os sintomas de stress e ruminação

A forma como as variáveis em estudo estão associadas está espelhada na Tabela 6.

Tabela 6.

Coeficientes de Correlação de Pearson entre os medos/preocupações associados à COVID-19 e os totais de Stress e de Ruminação.

Questões	PPS	RRS
	<i>r</i>	<i>r</i>
21. Sinto raiva por esta situação ter alterado a minha vida, impedindo-me de realizar ou participar em acontecimentos importantes na minha vida.	0,45**	0,27**
6. Considero que estou a desperdiçar tempo importante da minha vida, ao deixar de fazer outras coisas.	0,35**	0,30**
4. Estar muito tempo em casa provoca-me uma sensação de isolamento ou falta de espaço.	0,34**	0,25**
23. Tenho medo que esta situação tenha um impacto negativo na minha situação profissional/académica.	0,32**	0,24**
5. Sinto-me aborrecido/a, sem ter nada que fazer em casa.	0,32**	0,20**
7. Ao não estar com as pessoas de quem gosto, tenho medo que isso provoque um afastamento.	0,29**	0,23**
11. Sinto-me frustrado/a por não poder contactar fisicamente com as pessoas de quem gosto (tocar, abraçar, estar junto).	0,28**	0,24**
14. Sempre que tenho de sair de casa (por exemplo, ir ao supermercado, farmácia, ou adquirir bens essenciais), fico nervoso/a.	0,27**	0,21**
17. Tenho receio que falem recursos de saúde e de segurança essenciais (medicamentos, bens de proteção e segurança (ex.: máscaras, luvas, desinfetantes).	0,25**	0,17**
22. Tenho receio das consequências financeiras desta pandemia.	0,24**	0,15**
2. Sinto medo de infetar os outros.	0,20**	0,20**

8. Acredito que faça eu o que eu fizer (seguir as instruções da Direção Geral de Saúde), não posso controlar nada (por ex.: impedir o contágio da doença COVID-19).	0,19**	0,15**
13. Receio que venham a faltar recursos essenciais (ex.: produtos alimentares, de higiene, gás).	0,19**	0,13**
15. Receber encomendas em casa provoca-me ansiedade.	0,18**	0,17**
1. Sinto medo de ser infetado/a pelo vírus COVID-19.	0,18**	0,13**
10. Sinto que tenho mais tempo para mim e para os outros em geral.	-0,13**	0,02
20. Considero que tem havido informação incongruente e confusa acerca da situação atual da pandemia.	0,11**	0,09*
3. Acredito que sou resistente à infeção do vírus COVID-19.	-0,09*	0,01
12. Consigo manter grande parte das atividades do dia-a-dia com recurso à internet (ex.: compras <i>online</i> , contactos sociais).	-0,08*	0,04
9. Esta situação de isolamento social faz-me sentir mais próximo/a das pessoas que vivem comigo em casa.	-0,08*	0,03
19. Considero que as instruções dadas pela Direção Geral de Saúde (procedimentos a seguir) são claras e dão-me segurança.	-0,06	0,01
16. A minha ansiedade ou <i>stress</i> diminui quando tento ajudar familiares, amigos ou outras pessoas (através do telefone, Skype, redes sociais) que estão isolados e precisam de apoio.	0,05	0,07
18. Tenho confiança nas informações fornecidas pelas autoridades de saúde.	-0,05	0,02

Nota, ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$

Neste estudo, apenas alguns itens se mostraram correlacionados com o *stress* percebido e com a ruminação. O item 21 foi o que apresentou valores mais elevados de correlação com o *stress*, e o item 6 com a ruminação, sendo uma associação positiva moderada. Os itens 12 e 9 foram os que apresentaram valores significativos mais baixos de correlação com o *stress* e o item 20 com a ruminação. De notar ainda que os itens 3, 9, 10, 12, 18, 19 apresentaram uma correlação negativa com o *stress*.

Discussão

A COVID-19 é responsável pelo maior estado de emergência de saúde pública que a população a nível mundial enfrentou e continua a enfrentar (Schmidt et al., 2020). Não são apenas as preocupações quanto à saúde física que têm de ser tidas em consideração, mas também as preocupações quanto ao impacto psicológico que a doença pode causar (Brooks, et al., 2020; Marko et al., 2020). Neste sentido, o objetivo principal do presente estudo foi o de analisar determinadas variáveis contextuais provocadas pela pandemia, tendo em especial atenção a situação laboral, a situação de quarentena/confinamento, a possibilidade de estar/ou não infetado, a presença de fatores de risco e o tempo de confinamento. Pretendeu-se ainda identificar as principais preocupações associadas à COVID-19, procurando identificar a existência de padrões diferentes consoante o sexo ou as variáveis contextuais dos participantes. Adicionalmente foi também alvo de análise os sintomas de *stress* e o estilo ruminativo dos participantes, procurando perceber de que forma estavam associados a preocupações específicas relativas à COVID-19.

Os resultados mostraram que, à data da recolha da informação (março/abril de 2020), o número de pessoas infetadas que participou no estudo foi reduzido. Há que referir que, na data de recolha dos dados, o número de infetados no país era de cerca de 8 mil, mas, atualmente, o número de infetados em Portugal ultrapassa já os 69 mil habitantes² (DGS, 2020). Considerando que a população de Portugal ronda os 10 milhões de habitantes, o nosso país tem, atualmente, cerca de 0,69% de infetados (DGS, 2020)

A multimorbilidade em Portugal, definida em termos médicos pela presença de duas ou mais doenças crónicas, o que implica uma maior necessidade de cuidados de saúde, é de 38,3% (Quinaz Romana et al., 2019). Neste estudo, a percentagem de indivíduos que declara apresentar fatores de risco para a COVID-19 (mais de 65 ou doença crónica) é de 15,8%, o que parece revelar uma percentagem significativa de população com doença crónica, uma vez que os respondentes com mais de 65 anos foram apenas 12.

A maioria das pessoas que participou no estudo (55,7%) estava a trabalhar a partir de casa, antes da pandemia apenas 6% dos portugueses trabalhavam a partir de casa

² Cf. <https://covid19.min-saude.pt/> (Acedido em 22.09.2020).

(dados recolhidos em janeiro de 2020³). Em março, após consulta da base de dados da Pordata⁴, não foi possível obter as informações necessárias, tendo-se recorrido, por isso, a fontes da imprensa pública) que indicavam que 44% da população portuguesa estava a trabalhar a partir de casa.

Quando feita a análise das preocupações associadas à COVID-19, os maiores receios identificados são as dificuldades financeiras que a doença gerou ou ainda pode vir a gerar, e o medo de infectar quem está à sua volta, conclusões estas que estão de acordo com estudos já realizados (Bezerra et al., 2020). No fim da lista de preocupações e de receios temos as questões relacionadas com a hipótese de ser resistente à infeção do vírus e o medo de que o facto de não estarem com as pessoas de quem gostam, possa gerar afastamento. Os participantes do sexo feminino, assim como os que se encontravam em confinamento social (em casa), parecem preocuparem-se mais com estas questões, que os do sexo masculino e que os que permaneceram a trabalhar, respetivamente. Estes resultados confirmam dados de outros estudos (Brooks, 2020).

Relativamente ao estudo dos sintomas de *stress* e do estilo de regulação emocional (nomeadamente ruminação), o sexo feminino mostrou níveis mais elevados em ambas as variáveis, dados que vão ao encontro de estudos internacionais (e.g., Wang et al., 2020; Lee, 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Por sua vez, curiosamente, os níveis de *stress* não foram diferentes segundo os grupos formados em função das variáveis contextuais, como poderia ser expectável. Uma possível explicação para estes resultados prende-se com a data de recolha dos dados ter acontecido muito no início da pandemia. No entanto, os participantes que se encontravam a trabalhar ou a estudar em casa e aqueles que estavam sob suspeita de estar infetados, apresentaram valores mais elevados de ruminação.

Até à data, não estão ainda disponíveis dados de outras investigações, particularmente desenvolvidas em Portugal, que permitam uma comparação dos mesmos.

Na análise das associações entre as preocupações decorrentes da COVID-19 e os níveis globais de *stress* e ruminação, grande parte dos itens mostrou uma correlação

³ Informação recolhida em <https://tvi24.iol.pt/sociedade/trabalho/seis-em-cada-10-portugueses-costumam-trabalhar-a-partir-de-casa>

⁴ Em <https://www.pordata.pt/NumerosDaCrise>

significativa moderada ou baixa. Os valores mais elevados verificaram-se nos itens 21 e 6. Ou seja, quanto maior é o sentimento de raiva decorrente das alterações da vida diária provocadas pela pandemia, bem como quanto maior é a sensação de desperdício de tempo, maiores os níveis de *stress* e de ruminação reportados. Na globalidade, estes dados sugerem que os níveis elevados de *stress* ou preocupação ruminativa não são apenas por causa do vírus e da possibilidade de infeção, mas devem-se a múltiplos fatores, o que corrobora as conclusões que outros estudos já apresentaram (e.g., Taylor et al., 2020).

Em síntese, este estudo apresenta pontos fortes, uma vez que analisa variáveis pouco estudadas na população portuguesa e realça a necessidade de se estar atento aos efeitos que esta pandemia pode ter na saúde mental de toda a população. Considera-se que é prioritária a continuação da monitorização de alguns indicadores psicológicos, tal como, desenvolver programas que permitam prevenir ou diminuir sintomas de mal-estar psicológico.

Não obstante os aspetos positivos apontados, este estudo não é isento de limitações que impõem prudência na forma como os dados devem ser interpretados. A primeira limitação sentida prendeu-se com a formulação do questionário disponibilizado *online*. Não é tarefa fácil organizar um leque de perguntas claras sobre algo novo, em emergência, tendo ainda em conta uma amostra tão heterogénea. Por exemplo, a questão “Você ou alguém da sua família/amigo próximo está em quarentena?” pode ter levantado dúvidas na sua interpretação e, conseqüentemente, na resposta dada. De notar também que no momento em que foram recolhidos os dados, estas expressões poderiam ainda ser pouco familiares, podendo originar um uso indiferenciado ou pouco rigoroso das designações de quarentena, confinamento e isolamento social. Possivelmente, também a pergunta “Há quanto tempo se encontra em casa? (número de dias)” tenha suscitado dúvidas, pelo que os resultados devem ser interpretados com prudência. De salientar também que as respostas dos participantes têm necessariamente de ser enquadradas no período em que decorreu (março /abril de 2020), mais precisamente no início da pandemia, podendo ainda não haver uma consciência clara do impacto ou conseqüências da mesma. Isto pode ajudar a explicar os níveis de *stress* reportados. Outra das principais limitações relaciona-se com o facto de este estudo ser transversal e de natureza correlacional, o que significa que a avaliação é feita em apenas um momento e, por isso, não permite estabelecer uma relação de causalidade entre as variáveis ou a existência de uma sequência temporal. Por fim, a

escassez de investigações referentes a este tópico particular da COVID-19, especialmente conduzidos em Portugal, dificultou também a comparação de dados.

Apesar destes constrangimentos, o estudo realizado contribui para a análise de aspetos psicológicos emergentes da situação pandémica portuguesa. De salientar a necessidade de mais estudos que se estendam no tempo e que incluam outras variáveis de modo a dar uma visão mais alargada e integradora dos efeitos psicológicos e de fatores que os possam mitigar, promovendo a resiliência e saúde mental do indivíduo.

Referências Bibliográficas

- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395, 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Belzunegui-Eraso, A. & Erro-Garcés, A. (2020). Teleworking in the Context of the COVID-19 Crisis. *Sustainability*, 12, 3662. <https://doi.org/10.3390/su12093662>
- Bezerra, A.C.V., Silva, C.E.M.da, Soares, F.R.G & Silva, J.A.M.da (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2411-2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
- Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres em saúde. (2020a). *Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações gerais*. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.
- Centro de estudos e pesquisas em emergências e desastres em saúde. (2020d). *Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações para o cuidado de crianças em situação de isolamento hospitalar*. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília.
- Dinis, A., Gouveia, J. P., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida. *Psychologica*, 54, p.175-202. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_7
- Direção Geral de Saúde (2020). *Ponto de situação atual em Portugal*. Acedido a 22 de setembro de 2020 em <https://covid19.min-saude.pt/ponto-de-situacao-atual-em-portugal/>
- Duan, L., Zhu, G., (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), 300–302. [https://doi.org/10.1016/S22150366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S22150366(20)30073-0).

- Ferreira, M., Irigoyen, M., Consolim-Colombo, F., Saraiva, J. & Angelis, K. (2020). Vida Fisicamente Ativa como Medida de Enfrentamento ao COVID-19. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114(4), 601-602. <https://doi.org/10.36660/abc.20200235>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. London: Sage Publications
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, 49(3), 155–160. PMID: 32200399
- Hossain, M. M., Sultana, A., & Purohit, N. (2020). Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology Health*, 1–27. <https://doi.org/10.31234/OSF.IO/DZ5V2>
- Pais Ribeiro, J. & Marques, T. (2009). A avaliação do *stress*: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de *stress*. *Psicologia, saúde & doenças*, 10(2), 237-248. Acedido a 22 de setembro de 2020 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200008&lng=pt&tlng=pt.
- Just, N., & Alloy, L. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.221>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.
- Kraemer, M. U. G., Yang, C.-H., Gutierrez, B., Wu, C.-H., Klein, B., Pigott, D. M., Plessis, L.D., Faria, N. R., Li, R., Hanage, W. P., Brownstein, J. S., Layan, M., Vespignani, A., Tian, H., Dye, C., Pybus, O. G., & Scarpino, S. V. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science Preprints*, 1–10. <https://doi.org/10.1126/science.abb4218>
- Lee, S.A (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>

- Li, W., Yang, Y., Liu, Z.-H., Zhao, Y.-J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., Xiang, Y.-T., E12, B. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International Journal Biological Sciences*, 16(10) 1732–1738.
<https://doi.org/10.7150/ijbs.45120>.
- Lohaus, A., Elben, C., Ball, J., & Klein-Hessling, J. (2004). School transition from elementary to secondary school: Changes in psychological adjustment. *Educational Psychology*, 24(2), 161-173. <https://doi.org/10.1080/0144341032000160128>.
- Marko C, Košec A, Brecic P., (2020). Stay home while going out - Possible impacts of earthquake co-occurring with COVID-19 pandemic on mental health and vice versa. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 82-83.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.054>
- Marôco, J. (2018). Análise Estatística com o SPSS Statistics (7ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 445-455. <https://doi.org/10.1023/A:1018769531641>
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). “Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-814.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.4.801>.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui M. & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el Norte de España. *Caderno Saúde Pública*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Porcelli, P. (2020). Fear, anxiety and health-related consequences after the COVID-19 epidemic. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 103-111.
<https://doi.org/10.36131/CN20200215>
- Pordata. Acedido a 21 de setembro de 2020 em <https://www.pordata.pt/>

- Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Salvador, M., Cunha Gonçalves, S., Nunes, B. & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico. *Acta médica portuguesa*, 32(1), 30-37. <https://doi.org/10.20344/amp.11227>
- Restauri, N. & Sheridan, A., (2020). Burnout and Posttraumatic Stress Disorder in the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic: Intersection, Impact, and Interventions. *Journal of the American College of Radiology*, 17, 921-926. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2020.05.021>
- Saurabh, K. & Ranjan, S. (2020). Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to COVID-19 Pandemic. *The Indian Journal of Pediatrics*, 87(7), 532–536. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03347-3>
- Scharfe, E. (2000). Development of emotional expression understanding, and regulation in infants and young children. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and application at home, school and in the workplace*, 244–262. Jossey-Bass.
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200063>
- Schuchmann, A. Z., Schnorrenberger, B. L., Chiquetti, M. E., Gaiki, R. S., Raimann, B. W., & Maeyama, M. A. (2020). Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3556–3576. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>
- Serviço Nacional de Saúde (2020). *Temas da saúde*. Acedido a 24 de setembro de 2020 em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/COVID-19/isolamento/#sec-0>
- Souza Filho, B. & Tritany, E. (2020). COVID-19: importância das novas tecnologias para a prática de atividades físicas como estratégia de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054420>

- Taylor, S., Caeleigh, A. Landry, C., Paluszek, M., Fergus, T., McKay, D. & Asmundson, G. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37, 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Vieira, A., Ricoca, V., Aguiar, P. & Abrantes, A. (2020). Excesso de Mortalidade, em Portugal, em Tempos de COVID-19. *Escola Nacional de Saúde Pública*. Universidade Nova de Lisboa.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Weems, C. F., & Costa, N. M. (2005). Developmental differences in the expression of childhood anxiety symptoms and fears. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(7), 656-663. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000162583.25829.4b>.
- World Health Organization. (WHO). *Who Coronavirus disease (COVID-19) dashboard*. Acedido a 2 de Setembro de 2020 em <https://covid19.who.int/>
- Zhou, Y., MacGeorge, E. & Myrick, J. (2020). Mental Health and Its Predictors during the Early Months of the COVID-19 Pandemic Experience in the United States. *Environmental Research and Public Health*, 17, 6315. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176315>